DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

AGSMO

Stempel des Verordnenden

Datum Unterschrift

Überweisung/ Konsil vor antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten oder Denosumab

Patientendaten: .....

Kiefernekrosen-Risiko: ● = gering ● = mittel ● = hoch

Grunderkrankung:

☐ ● primäre Osteoporose ☐ ● sekundäre/therapieinduzierte Osteoporose
☐ ● solider Tumor (z.B. Mamma-Ca) ohne ossäre Metastasierung (Prophylaxe; Vermeidung von ossären Metastasen)
☐ ● solider Tumor (z.B. Mamma-, Prostata-Ca) mit ossärer Metastasierung
☐ ● multiples Myelom
☐ Anderer Tumor: .....

Sonderinformationen:

Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz) ☐ hoch ☐ mittel ☐ niedrig
Therapie-Indikation Tumor ☐ kurativ ☐ palliativ

☐ ●● Antiresorptive Therapie läuft bereits, seit: .....

Medikation

Bisphosphonat: Präparat .....

☐ ● Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat) ☐ ● Amino-Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat)
Applikationsart: ☐ ● oral ☐ ● i.v. (Intervall ca. alle 3-6 Monate)
☐ ● i.v. (Intervalle alle 12 Mo.) ☐ ● i.v. (Intervall ca. alle 4 Wochen)

Denosumab:

Applikationsart: ☐ ● 60mg s.c. (ca. alle 6 Mo.) ☐ ● 120mg s.c. (ca. alle 4 Wo.)
Applikationsdauer, geplant: .....
Präparatwechsel ☐ erfolgt, wann?..... früheres Präparat:.....
☐ geplant, wann?..... zukünftiges Präparat:.....

Weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie

☐ Hormontherapie (welche?):.....
☐ Chemotherapie (Therapieprotokoll?):.....
☐ Antikörpertherapie (welche?):.....
☐ Immuncheckpoint-Inhibitor-Therapie (welche?):.....
☐ Kortison, ggf. Therapie-Dauer:.....
☐ Antiangiogenetische Therapie (insbes. Bevacizumab) (welche?):.....
☐ Kopf-Hals-Strahlentherapie (andere Planungszielvolumen nicht eintragen)
Dosis:..... Fraktionierung:.....
☐ Sonstige relevante Medikation: .....

Zahnstatus (*wird vom Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausgefüllt*)

☐ ● keine zahnärztliche/chirurgische Therapie notwendig
☐ ● Kariöse Läsionen ☐ Therapie erfolgt
☐ ● Implantate ☐ ● Periimplantitis ☐ Therapie erfolgt
☐ ● Schleimhautgetragene Prothesen ☐ ● Druckstellen ☐ Therapie erfolgt
☐ Prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? ..... ☐ Therapie erfolgt
☐ ● Parodontitis ☐ Therapie erfolgt
☐ ● Andere Keimkontaminationen, welche?..... ☐ Therapie erfolgt
☐ ● Anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche/wann? ☐ Therapie erfolgt

Sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken

Empfohlene Recall-Intervalle: ☐ 3 Monate ☐ 6 Monate ☐ 12 Monate

Datum: ..... Unterschrift: .....

Stempel ZMK / MKG

modifiziert nach: Schiegitz E, Grötz KA; www.agsmo.de o. www.onkosupport.de
AGSMO-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie AR-ONJ (007-091; www.awmf.de)
240710_Checkliste_antiresorptive Therapie farbe